

Anlage Teilnahmeerklärung Vertragsarzt DMP COPD

zum DMP COPD zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen im Land Brandenburg

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zum Behandlungsprogramm COPD

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Ich bin über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms COPD (DMP COPD) informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Vertragsärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des DMP COPD, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und für die Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung i.V.m. dem Bundesdatenschutzgesetz beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und ihm jeweils eine Ausfertigung der Dokumentationsdaten übergeben werde.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift im „Vertragsärzterverzeichnis DMP COPD“,
- der Weitergabe meiner Daten gemäß dem „Vertragsärzterverzeichnis DMP COPD“ an die teilnehmenden Vertragsärzte, die Datenstelle, die Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) sowie die zuständige Aufsichtsbehörde und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten über die Datenstelle an die Gemeinsame Einrichtung und deren Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und die Evaluation des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mit der Einschaltung einer Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Ich bevollmächtige die KVBB zur Beauftragung einer Datenstelle mit der Überprüfung der von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität und der Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres,
- meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung bzw. Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit/Anstellung endet bzw. ruht,
- die Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert wird,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen von mir gegenüber der KVBB nachzuweisen sind.

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____ LANR

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms COPD im Rahmen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg und den Krankenkassen nehme ich teil.

1. a) Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 2 S. 1 teilnehmen.
- b) Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 teilnehmen.
- c) Ich möchte als koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 2 S. 4 und 5 teilnehmen.

und/oder

2. Ich möchte an der qualifizierten Versorgung gemäß § 4 teilnehmen.
3. Ich möchte Schulungen im Rahmen des DMP COPD anbieten.

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Die fachlichen, apparativen und strukturellen Anforderungen entsprechend den vertraglichen Regelungen werden von mir erfüllt. Entsprechende Nachweise, insbesondere bei zusätzlichen Qualifikationen, werden von mir beigelegt.

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

BSNR a) _____ b) _____

Den Inhalt des Praxismanuals habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes

Ort, Datum

Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw. des anstellenden Vertragsarztes